

障害者総合支援法 医師意見書作成料内訳書 (記入例)

○の箇所をご記入下さい

申請者	受給者番号 (申請者番号)										
	(フリガナ) 氏名										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成	性 別	1. 男 2. 女							
		年	月	日							

請求 医療 機関	事業所 名称	〇〇病院									
	〒	3	9	0	-	x	x	x	x	x	x
	電話番号	0263-〇〇-xxxx									
	所在地	松本市〇〇〇〇									

作成依頼日	平成	年	月	日	依頼番号	*****					市町村確認	※
意見書作成日	平成	年	月	日	意見書 送付日	平成	年	月	日			

※の欄は記入しないでください

意見書作成日以前にならないよう留意

意見書作成料	種別	1. 在宅 2. 施設・入院	1. 新規 2. 継続	金額(a)				円
--------	----	----------------	-------------	-------	--	--	--	---

診断・ 検査 費用	内 訳	金 額 (円)				摘 要
	(b) 診断					
(c) 検査	胸部単純X線撮影					診断・検査費用がかかる 場合はご記入ください。
	血液一般検査					
	血液化学検査					
	尿中一般物質定性半定量検査					
	小 計					

医師意見書作成料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とします。

	在宅	施設
新規申請者	5,000円	4,000円
継続申請者	4,000円	3,000円

請求 額	意見書作成料 (a)					円
	診断費用 (b)					円
	検査費用 (c)					円
	合計 <(a)+(b)+(c)> +消費税					円

消費税込の金額を記入

主治医がなく主訴もない者が障害支援区分認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき精算した額を請求することができます。

【医師の判断に基づき行う検査の範囲】

- ・ 胸部単純X線検査
- ・ 血液一般検査
- ・ 血液化学検査
- ・ 尿中一般物質定性半定量検査